

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 178

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TEST D'ALDRICH ET MAC CLURE

DANS LA PHLÉBITE PUERPÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Eugène-Joseph-Marie COURTEL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-GONNERY (Morbihan), le 25 février 1909.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		PERY, professeur	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 178

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TEST D'ALDRICH ET MAC CLURE

DANS LA PHLÉBITE PUERPÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Eugène-Joseph-Marie COURTEL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-GONNERY (Morbihan), le 25 février 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		PERY, professeur	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSION

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEN, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
id.....	DELMAS-MARSALET.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE — A MA MERE

A MES FRERES ET BELLES-SOEURS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique obstétricale,
Accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il nous soit permis de le remercier
du grand honneur qu'il nous fait en ac-
ceptant la présidence de cette thèse dont
il voulut bien nous inspirer le sujet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TEST D'ALDRICH ET MAC CLURE

DANS LA PHLÉBITE PUERPÉRALE

INTRODUCTION

La phlébite, malgré les progrès de la médecine, demeure une affection fréquemment rencontrée dans les hôpitaux, et surtout dans les salles d'obstétrique et de gynécologie. En effet, si l'on rencontre parfois des phlébites postopératoires, et, plus rarement, grippales, post-typhiques, variqueuses, tuberculeuses, goutteuses, rhumatismales, paludéennes, cachectiques, etc., ce sont certainement les phlébites puerpérales qui sont les plus communes. Le médecin praticien est aussi exposé à les rencontrer en clientèle que dans les hôpitaux, la pratique des règles de l'asepsie et de l'antisepsie étant toujours plus exacte et plus facile dans une salle d'hôpital qu'au dehors.

Si les commémoratifs, l'élévation du pouls et de la température, la douleur, les œdèmes, rendent le diagnostic de cette affection assez facile, les modalités du traitement, qui, elles-mêmes, règlent le pronostic, sont toujours discutées. En

effet, si l'immobilisation, acte capital de ce traitement, est appliquée par tous, nul ne sait exactement combien de temps il faut la maintenir. Et ceci est pourtant d'importance, car un lever trop précoce expose à l'embolie, trop tardif, aux inconvénients d'un décubitus trop prolongé, et aux troubles trophiques locaux consécutifs.

Pour le guider, le médecin a uniquement la vieille règle d'expérience conseillant la mobilisation après quatre semaines d'apyrexie environ. « C'est, dit le Professeur Vaquez, en étudiant l'évolution de la température, celle de la fréquence du pouls, la régression de l'œdème, que l'on peut fixer la date de la mobilisation; l'on doit compter, en moyenne, avec huit jours de phlébite aiguë et fébrile; après vingt-cinq jours d'apyrexie, l'on pourrait commencer la mobilisation du membre. »

Mais fréquemment les variations volumétriques d'un œdème phlébitique sont inappréciables; et, combien de médecins, hantés par le spectre de l'embolie, ont, devant la persistance d'un gros œdème, sans tenir compte de l'apyrexie prolongée, continué l'immobilisation, alors que, justement, il eût fallu mobiliser le membre pour influencer favorablement sur cet œdème. Nous n'en voulons pour témoignage que celui du Professeur Andérodias, qui rapportait récemment avoir observé une malade maintenue au lit depuis huit mois à la suite d'une phlébite, sous prétexte que l'œdème persistait.

De plus, il peut y avoir des affections fébriles intercurrentes, indépendantes de la phlébite, qui retardent d'autant la date de début de l'apyrexie ou même mettent dans l'impossibilité de la fixer.

Devant ces difficultés, on a cherché un signe, une épreuve, qui pût guider plus sûrement le médecin. C'est ce qui nous a amené, sur le conseil de M. le Professeur Andérodias, qui a bien voulu nous confier ce sujet de thèse, à étudier la valeur du test d'Aldrich et Mac Clure au point de vue diagnostique, pronostic et traitement de la phlébite.

HISTORIQUE

C'est en 1923 qu'Aldrich et Mac Clure commencèrent à publier les résultats de leurs observations au sujet de l'injection intradermique d'une solution saline isotonique en quantité minime. Chez des enfants normaux, cette injection produisait une petite élevation circonscrite qui mettait plus d'une heure à disparaître. Par contre, chez des enfants atteints de néphrite, d'asystolie ou d'anémie grave, tous œdémateux, cette élevation disparaissait beaucoup plus rapidement.

Ils n'en voulurent d'abord voir qu'un élément de diagnostic des états d'œdème discret, ou de préœdème, et de pronostic des œdèmes. Mais plus tard, ils déduisirent que le temps de résorption variait, non pas avec la gravité des cas, mais avec l'importance de l'hydropisie.

Avec des solutions salées à 4 p. 100 et même à 8, 15 et 20 p. 100, Chevalier et Stiffel (1925) obtiennent les mêmes résultats qu'avec des solutions isotoniques. De plus, ils constatent que, chez les ascitiques, plus l'ascite augmente ou se reproduit vite, plus le temps de disparition de l'élevation est bref. Par contre, à la suite des grandes hémorragies, le temps de disparition augmente à mesure que se fait le rétablissement de la masse sanguine.

Ribadeau-Dumas, et Mlle Tisserand, avec du liquide de Ringer, du sérum frais, du sérum glucosé, obtiennent les mêmes résultats qu'avec du sérum physiologique. Ils constatent qu'alors que les états de déshydratation (choléra infantile, anémie grave pseudo-leucémique) s'accompagnent d'une accélération dans la disparition de la boule d'œdème, le

temps de disparition est augmenté dans les états atreptiques, où, comme on l'a montré, il y a une augmentation de la teneur en eau des tissus.

Cohen, Applebaum et Hainswolt (1926) observent que, sur les membres atteints d'artérite oblitérante, le temps de résorption se trouve très raccourci et peut tomber à quelques minutes, et même moins, au voisinage du foyer de gangrène.

Baker dépiste du précédème chez des enfants gravement infectés (scarlatine, diphtérie). Il attribue le phénomène du temps de résorption raccourci à une participation active des tissus, dont l'activité hydrophile est augmentée par l'intoxication, même sans que le rein soit touché. Il y voit un phénomène à la fois chimique et colloïdal des tissus cutanés.

Guggenheimer et Hirsh constatent une diminution du temps de résorption chez les anémiques graves, les cancéreux, les cachectiques, mais aussi chez des sujets normaux dont la peau a été préalablement triturée, ce qui a provoqué de la vaso-dilatation.

Dans la *Presse médicale* du 22 mai 1926, MM. Labbé, Violle et Azerad publient un article sur le test d'Aldrich et Mac Clure. Ils ont expérimenté chez des œdémateux rénaux et cardiaques, chez des ascitiques, et plus particulièrement dans les cas d'œdème ou d'ascite en voie de formation. Dans ces cas, ils ont constaté une diminution notable du temps de résorption. Il en est de même chez les diabétiques en état de précédème. De leurs recherches, ils tirent les conclusions suivantes :

1° La rapidité du temps de résorption est indépendante du liquide injecté et dépend uniquement de la puissance hydrophilique humorale et tissulaire de l'organisme (de là le nom qu'ils donnent à ce test de « test cutané d'hydrophilie »);

2° On obtient des variations du temps de résorption si l'on fait varier le pH du liquide injecté. En général, chez l'individu normal, le temps de disparition le plus long, qui

répond à l'état hydrophilique le plus normal est obtenu avec la solution pH 7, qui est précisément la plus voisine du sang.

Ils signalent aussi les renseignements fournis par le test sur les relations qui existent, au cours des maladies fébriles, entre l'hydrophilie tissulaire, les mouvements de l'eau dans l'organisme et les variations de la diurèse : « Le test cutané d'hydrophilie met d'une manière frappante en évidence l'hydrophilie des tissus et des humeurs au cours de ces maladies. Certaines courbes sont, à ce point de vue, très remarquables : elles montrent des temps de résorption proportionnels et parallèles aux quantités d'urine éliminées, indiquant par là que les variations de la diurèse au cours des pyrexies sont fonction, dans ces cas, des variations de l'hydrophilie tissulaire. »

Le Professeur Merklen, Wolf et Mlle Schneider ont trouvé un temps de résorption abaissé dans les œdèmes des néphrétiques, des cardiaques, dans les affections ascitogènes, dans les maladies infectieuses : scarlatine, rougeole, typhoïde, pneumonie, érysipèle, septicémie streptococcique, endocardite, pyélonéphrite. On y trouve aussi, pour la première fois, la relation d'un temps de résorption fort raccourci sur un membre atteint d'une phlébite datant de six semaines. Enfin, Merklen, Wolf et Mlle Schneider attribuent le raccourcissement du temps de résorption, non seulement à la puissance hydrophilique humorale et tissulaire de l'organisme, mais aussi à un élément mécanique, circulatoire.

Ceci a, d'ailleurs, été prouvé par Schulmann et Marek, qui montrent que le jeu des vaso-moteurs a un grand rôle dans la vitesse de résorption. L'administration préalable d'adrénaline allonge le temps de résorption, alors qu'il diminue sous l'influence d'inhalations de nitrite d'amyle.

Claude, Targowla, Lamache et Daussy (1927) étudient le test d'Aldrich et Mac Clure dans les maladies mentales.

Fonseca et de Carvalho nient, à l'inverse de Schulmann et Marek, que l'adrénaline, la pituitrine, l'insuline, la thyroïdine, aient une influence quelconque sur le temps de ré-

sorption. Ils pensent que la disparition plus rapide de la papule chez les sujets œdématisés est due surtout à une action mécanique.

Pour Govaert et J. Bernard, la disparition plus rapide de la boule d'œdème dépendrait aussi avant tout « de conditions mécaniques favorisant la pénétration d'un liquide et sa dissémination entre les fibres du derme ».

Lian, Puech et Viau constatent chez les cardiaques, même aux points non œdématisés, un temps de résorption nettement raccourci, mais sans que l'on puisse établir de proportionnalité entre le degré d'insuffisance cardiaque et le degré d'accélération.

R. Martin trouve un temps de résorption normalement raccourci chez la femme enceinte.

Bernardbeig et Sendrail (1928), sur une série de lapins, par des arrachements nerveux, provoquent dans un pavillon auriculaire une paralysie sympathique avec hyperémie et hyperthermie, et dans l'autre des phénomènes de vasoconstriction. Dans les deux cas, ils observent une résorption accélérée de la boule. Dans leurs conclusions, ils tendent à admettre que le test d'Aldrich et Mac Clure contrôle l'équilibre histhydrique selon les conceptions de Chevalier et Stiffel.

Les mêmes, ayant constaté une accélération du temps de résorption après thyroïdectomie chez le jeune lapin, se demandent si l'on ne doit pas tenir compte davantage de l'élément endocrinien dans l'interprétation pathogénique des œdèmes.

D'après Heitz et Gilbert Dreyfus, ce temps de résorption est toujours diminué, même en l'absence de tout œdème au point injecté, chez les sujets atteints d'insuffisance hépatique.

Ricaldoni et Pla ont observé une accélération manifeste de la résorption pendant l'incubation d'accès fébriles et pendant toute ou partie de la période fébrile. D'après eux, cette réaction pourrait aider la clinique dans la recherche des maladies en incubation.

Dans le *Dermosifiligrapho* de janvier 1928, Méinerie tend à nier toute valeur au test d'Aldrich et Mac Clure. Ce test, pour lui, s'expliquerait par une réaction tissulaire au traumatisme provoqué par la piquûre : érythème, afflux leucocytaire. Cette réaction serait d'autant plus importante que le dermatographisme du sujet serait plus intense, et, quand elle cesserait, la boule disparaîtrait. La peau œdémateuse, elle, étant à peu près inerte à tout stimulant physique ou chimique, la « réponse » différente de la peau saine et de la peau œdémateuse à l'injection de la solution physiologique, indiquerait, non la capacité différente d'absorption de l'eau, mais le pouvoir différent de réaction.

En 1928 encore, Eisner et Kallner étudient l'épreuve de la papule dans la tendance à l'œdème, Feldman l'étudie dans la tuberculose, Feldman et Reisneider dans la néphrite des adultes et, au début de 1929, Heitz dans les affections de l'appareil circulatoire.

Dans les *Annali di obstetrica e gynecologia* de janvier 1924, B. Buzzi réfute la thèse de son compatriote Meineri quant à l'origine purement réactionnelle de la papule, et sa non-valeur. La cause de l'accélération du temps de résorption dans les tissus œdémateux lui paraît essentiellement mécanique, étant donnés le décollement des fibres des tissus et la dilatation des espaces lacunaires, dus à l'œdème. Il attribue, en plus, une légère influence à la température ambiante et à l'état de vaso-dilatation et de sudation en résultant.

En février 1930, Jacques Louvel et Mlle Tisserand publient dans la *Presse médicale* leur article sur : « Le test d'Aldrich et Mac Clure, procédé de contrôle évolutif de la phlegmatia alba dolens ». De leurs observations, que nous rapportons plus loin, ils concluent :

« 1° Du point de vue théorique, le test d'Aldrich et Mac Clure, dans la phlegmatia, permet de différencier nettement deux types d'œdème, l'un hydrophile, paraphlébitique, l'autre anhydrophile, postphlébitique.

» 2° Du point de vue pratique :

- » a) Un œdème reconnu hydrophile, donc paraphlébique, contre-indique formellement la mobilisation;
- » b) Un œdème, même important, s'il est anhydrophile sur une phlegmatia apyrétique depuis une vingtaine de jours, ne contre-indique pas la physiothérapie, dont il implique, au contraire, l'emploi sans retard;
- » c) La prudence commande de répéter le test quelques jours encore après la guérison, une poussée d'hydrophilie pouvant annoncer la reprise d'un processus que l'on croyait éteint.

» C'est donc un test de guérison et un test de surveillance. »

La même année, Henri Bénét publie, à Alger, sa thèse sur le sujet suivant : *Contribution à l'étude des œdèmes, le test d'Aldrich et Mac Clure*. Il apporte une observation de phlegmatia, que nous reproduisons plus loin. A ce sujet, tout en ne niant pas la valeur des faits signalés par J. Louvel et Mlle Tisseraud, il fait remarquer que ces deux auteurs admettent comme normal un temps de résorption de trente minutes, ce qui est en contradiction formelle avec la majorité des observations parues jusqu'à ce jour. De plus, il se refuse à admettre la succession de deux œdèmes différents, l'un hydrophile, l'autre anhydrophile.

Enfin, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 30 avril 1933, le Docteur P. Balard, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux, et J. Dutrénit, interne, publient un travail sur « le test d'Aldrich et Mac Clure, moyen clinique de contrôle dans l'évolution des phlébites », dans lequel ils concluent :

« 1° A la phase précœdémateuse, on n'observe aucune différence appréciable entre les deux membres. Cette épreuve ne peut donc pas être rangée parmi les signes précoces de la phlébite.

» 2° A la phase œdémateuse, la différence est nette.

» 3° Mais c'est à la période résolutive que se concentre tout l'intérêt clinique. Il faut savoir à quel moment l'œdème actif, inflammatoire, cesse, pour faire place à cet œdème passif, mécanique. Or, c'est à cette période que le test d'Aldrich s'allonge peu à peu, sans jamais atteindre des durées de plus de quinze à vingt minutes, qui sont encore anormales par rapport aux valeurs des sujets absolument sains. Lorsqu'il atteint cette valeur, on peut admettre que la maladie est terminée et que la phase des séquelles commence.

» La discrimination entre l'inflammation, qui impose l'immobilité, et l'œdème mécanique, que réclame la mobilisation, c'est, en somme, ce qu'aujourd'hui on doit demander au test d'hydrophilie. »

Il semble donc, d'après ce bref résumé dans l'ordre chronologique des divers ouvrages parus sur le test d'Aldrich et Mac Clure, que, en dépit des divergences de leurs auteurs quant à l'explication de ce phénomène, la plupart d'entre eux lui reconnaissent une valeur clinique indéniable. Pour certains, il permettrait de prévoir la formation d'épanchements tels que l'ascite, les œdèmes. Mais c'est surtout pour surveiller l'évolution de ces épanchements et permettre de prévoir leur résorption, alors qu'extérieurement rien ne peut le déceler, qu'il serait utile. Il serait donc, par là aussi, une preuve de l'efficacité du traitement.

Mais, avant d'apporter ici nos propres observations, avec les réflexions qu'elles nous ont suggérées, il nous semble bon d'indiquer la technique du test d'Aldrich et Mac Clure, telle que l'ont réglée MM. Labbé, Violle et Azerad, et telle que nous l'avons pratiquée.

TECHNIQUE

Elle consiste à injecter dans l'épaisseur du derme, à l'aide d'une seringue de Barthélemy deux dixièmes de centimètre cube d'une solution aqueuse de chlorure de sodium à 8,50 p. 1.000. La quantité injectée peut, du reste, manquer d'une absolue précision sans grand inconvénient. Personnellement, nous nous sommes surtout appliqué à obtenir une élevation dont les caractères répondent à ceux décrits par Labbé, Violle et Azerad.

En effet, « l'injection ne peut être considérée comme bien faite que si elle produit une petite élevation locale, circonscrite, d'un blanc de neige, sur laquelle apparaissent nettement les pores de la peau, une petite zone érythémateuse entoure l'élevation ».

L'injection est faite aux deux membres symétriques, pour mieux apprécier les résultats par comparaison. La disparition de l'élevation est recherchée non seulement par la vue, mais encore par palpation digitale légère. Il faut bien se garder de confondre avec l'élevation due à l'injection saline la légère surélévation traumatique due à l'introduction de l'aiguille, qui peut persister alors que l'élevation saline a complètement disparu. Si, avant de pratiquer l'injection, on a lavé la région à l'alcool, il faut attendre que celui-ci soit complètement évaporé.

Telles sont les recommandations de Labbé, Violle et Azerad, qui, avec cette technique, obtinrent, chez des sujets normaux, des temps de résorption variant de soixante à quatre-vingt-dix minutes.

OBSERVATIONS

Nous rapporterons ici, tout d'abord, les quelques observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Nous reproduirons ensuite celles que nous avons pu recueillir dans les services que nous ont si aimablement ouverts MM. les Professeurs Andérodias et Péry et M. le Docteur Lafond. Qu'ils en soient ici remerciés.

OBSERVATION I.

(MERKLEN, WOLF et Mlle SCHNEIDER.)

Phlébite datant de 6 semaines. Temps de résorption de 2 minutes à la jambe malade.

OBSERVATION II.

(J. LOUVEL et Mlle TISSERAND.)

Mme D..., I-pare, 20 ans, présente au 10^e jour d'un accouchement spontané avec délivrance naturelle et complète, une phlegmatia de la jambe gauche. Cette phlegmatia a été précédée pendant deux jours de petits signes périphlébitiques : douleurs du mollet, engourdissement et lourdeur de la jambe, élévation du pouls, développement de la circulation collatérale, et d'une légère hydarthrose.

Le temps de résorption recherché selon la technique habituelle, au 3^e jour de la phlébite, au début de l'œdème, et le lendemain d'une élévation thermique, montre :

à gauche : 17 minutes;

à droite : 35 minutes.

La phlébite du membre gauche augmente progressivement; la cuisse et la jambe sont très oedématiées, mais les douleurs s'apaisent rapidement, et le pouls et la température tombent en 9 jours à la normale.

Le 17^e jour, l'œdème persiste; le temps de résorption est : à gauche, 15 minutes, à droite, 35 minutes.

Le 29^e jour, l'œdème persiste, la malade se plaint d'une douleur dans le mollet droit qui fait suspecter l'apparition d'une nouvelle phlegmatia. L'œdème est encore à peine perceptible. Le temps de résorption est : à gauche, 16 minutes; à droite, 23 minutes.

La phlébite se confirme à droite. La température s'élève avec le pouls, en échelons.

Au 5^e jour de cette nouvelle phlébite et au 34^e jour de la première, on a comme temps de résorption : à droite, 14 minutes; à gauche, 16 minutes.

Le 21^e jour de la deuxième phlébite, le temps de résorption est : à droite, 16 minutes; à gauche, 25 minutes. Mobilisation de la jambe gauche.

Le 50^e jour de la première phlébite et le 29^e jour de la deuxième phlébite, le temps de résorption est : à droite, 20 minutes; à gauche, 25 minutes. Mobilisation et massage de la deuxième phlébite.

Le 60^e jour de la première phlébite et le 39^e jour de la deuxième phlébite, le temps de résorption est : à droite, 30 minutes; à gauche, 30 minutes.

Il s'agit donc d'une phlegmatia double du membre inférieur ayant évolué sans complications et d'une manière classique.

Le temps de résorption s'est abaissé à 14 et 15 minutes lors de la poussée phlébitique. Son abaissement s'est maintenu 40 jours pour la première phlébite et 25 jours pour la seconde. La *restitutio ad integrum* a été complète, comme le faisait du reste prévoir la réapparition d'un temps de résorption normal.

OBSERVATION III.

(J. LOUVEL et Mile TISSERAUD.)

Mme C..., I-pare, secondigeste de 27 ans, accouche le 21 août 1929, à la maternité de la Pitié, d'un garçon vivant, par forceps pour lenteur de la période d'expulsion. Une délivrance artificielle est pratiquée pour enchatonnement du placenta.

Le 8^e jour des suites de couches, la femme ressent de petits signes préphlébitiques : ballonnement douloureux du mollet, épaississement de la peau au pincement, mais pas d'œdème appréciable, pas d'hydarthrose.

Le temps de résorption se montre : à gauche, 30 minutes; à droite, 35 minutes.

Le 30 août 1929, douleur au pli de l'aîne, toujours pas d'œdème; température, 38 degrés; pouls, 100. Temps de résorption : à gauche, 30 minutes; à droite, 35 minutes.

Le 5 septembre, l'œdème, qui avait débuté le 3 septembre, s'est accentué rapidement. L'hydarthrose est nette. Le temps de résorption a considérablement diminué : à gauche, 15 minutes; à droite, 30 minutes.

Le 20 septembre, début d'une phlébite à la jambe droite : 30 minutes.

Le 4 octobre, l'œdème de la jambe droite est formidable, l'hydarthrose abondante. Le temps de résorption est : à droite, 15 minutes; à gauche, 30 minutes. L'œdème régresse à la jambe gauche.

Le 11 octobre, la malade accuse une sensation de chaleur et de distension à l'aîne droite. La cuisse est chaude, douloureuse, l'œdème est considérablement augmenté, la peau est luisante. Le temps de résorption est : à droite, 13 minutes; à gauche, 30 minutes.

Le 18 octobre, suppression du lit Dupont, car les deux phlébites ont beaucoup diminué. La jambe gauche n'est presque plus œdématisée, la droite l'est aussi beaucoup moins. Le temps de résorption est presque normal : à droite, 30 minutes (28^e jour de la phlébite); à gauche, 35 minutes.

Le 24 octobre, 68^e jour de la première phlébite, 35^e jour de la seconde, le temps de résorption est : à droite, 30 minutes; à gauche, 45 minutes.

En somme, le temps de résorption a suivi l'œdème dans ses variations et a diminué à chaque poussée phlébitique. La réapparition d'un temps de résorption normal a permis d'affirmer la guérison de la phlébite sans séquelle fâcheuse.

OBSERVATION IV.

(J. LOUVEL et Mlle TISSERAUD.)

Mme L..., I-pare, 33 ans, est admise à la maternité de la Pitié le 9 septembre, où elle accouche artificiellement, par forceps, pour lenteur du travail, d'un enfant vivant, la délivrance étant spontanée et complète.

Dans les suites de couches, on décèle l'existence d'une pyélonéphrite.

Au 19^e jour, on autorise la malade à se lever, mais à ce moment elle éprouve une douleur dans le membre gauche, qui devient violacé.

Le 30 septembre, légère circulation collatérale du pli de l'aîne gauche; le talon se décolle difficilement du plan du lit.

Le 1^{er} octobre, œdème du pli de l'aîne et de la racine de la cuisse, circulation collatérale très évidente, augmentation de la température locale. Temps de résorption de la jambe présumée phlébitique : 30 minutes; jambe saine : 30 minutes.

Le 4 octobre, la phlébite gauche s'affirme, l'œdème apparaît.

Le temps de résorption est : à gauche, 28 minutes; à droite, 30 minutes.

Le 7 octobre, les douleurs se calment, l'œdème devient net, avec godet, légère hydarthrose. Temps de résorption : à gauche, 18 minutes.

Le 18 octobre, temps de résorption : à gauche, 20 minutes.

Le 25 octobre, temps de résorption : à gauche, 35 minutes; à

droite, 35 minutes. L'œdème a diminué, la température est normale.

Le 6 novembre, la malade se plaint des reins. On fait une analyse des urines, qui montre la présence de pus abondant, avec colibacille. Cette poussée de pyélonéphrite s'accompagne d'une douleur dans la jambe gauche.

Le 7 novembre, on constate une nouvelle poussée phlébitique. L'œdème a considérablement augmenté, il y a un empâtement énorme du pli de l'aîne, la douleur est vive, l'hydarthrose notable. Le temps de résorption diminue considérablement et tombe à 6 minutes, alors qu'à la jambe saine il est de 35 minutes.

Le 14 novembre, la poussée phlébitique semble être en partie terminée; l'œdème est stationnaire, la douleur nulle. Le temps de résorption est de 18 minutes; mais, à la jambe saine, on est frappé de voir un abaissement du temps de résorption qui est de 25 minutes.

Dans la nuit, la malade accuse une douleur dans le mollet droit, sensation de lourdeur de la jambe, et le 15 novembre, on constate un léger œdème malléolaire et un léger degré d'hydarthrose, qui permettent de penser à une poussée phlébitique de la jambe droite. A ce moment, le temps de résorption est : à gauche, 18 minutes; à droite, 25 minutes.

Le 17 novembre, température à 39 degrés; la malade accuse une douleur dans le bras droit et dans la partie correspondante de la nuque, avec sensation de pesanteur. On s'aperçoit d'un gonflement très net de la face dorsale de la main, avec œdème des doigts.

Le temps de résorption pratiqué au membre supérieur n'est plus que de 10 minutes.

Le 18 novembre, le temps de résorption est : jambe gauche, 25 minutes; jambe droite, 30 minutes.

Cette observation est particulièrement démonstrative, car elle montre l'augmentation considérable de l'hydrophilie à chaque poussée phlébitique nouvelle. Il semble ici que la recherche du test de Mac Clure permette de conclure à l'in-

tensité des poussées phlébitiques, mais l'absence de persistance de l'hydrophilie dans les poussées les plus récentes permet d'espérer une guérison assez précoce.

OBSERVATION V.

(J. LOUVEL et Mlle TISSERAUD.)

Mme F..., II-pare, 31 ans, présente, au 14^e jour d'un accouchement naturel, une phlébite gauche avec gros œdème.

Le temps de résorption, pratiqué au 4^e jour, alors que l'œdème est nettement constitué, se montre : à gauche, 13 minutes; à droite, 1 heure.

Le 6^e jour, le temps de résorption à la phénolphtaléine montre : à gauche, 14 minutes.

Le 26^e jour, l'œdème persiste; le temps de résorption est : à gauche, 12 minutes.

Une deuxième phlébite apparaît. A droite, le temps de résorption s'abaisse à 13 minutes au moment où l'œdème se constitue.

Cette observation met en évidence l'abaissement considérable et persistant du temps de résorption en rapport avec un œdème phlébitique intense et d'extension rapide. Il s'agissait ici d'une forme particulièrement sévère de phlegmatia à évolution lente. Cette observation s'oppose à l'observation IV, où l'hydrophilie, aussi intense au début des poussées phlébitiques, disparaissait en quelques jours.

OBSERVATION VI.

(J. LOUVEL et Mlle TISSERAUD.)

Mme M..., I-pare, 22 ans, présente, au 8^e jour de ses suites de couches, une phlegmatia caerulea avec œdème dur, douloureux, violacé, prenant mal le godet.

Au 21^e jour de la phlébite, le temps de résorption est encore de 15 minutes sur la jambe malade, alors qu'il est de 45 minutes sur la jambe saine. La papule s'étale vite.

Au 44^e jour, la phlébite a diminué, le temps de résorption se montre de 28 minutes sur la jambe malade, 45 minutes sur la jambe saine.

Cette malade n'a pas été suivie ultérieurement.

OBSERVATION VII.

(In thèse de Henri BÉNET, Alger, 1930.)

Phlébite unilatérale.

P. F..., 28 ans, salle Sédillot. Malade opéré le 10 janvier 1930 pour appendicite aiguë et péritonite généralisée.

Le 22 février 1930, une phlébite gauche se constitue progressivement. Œdème important remontant jusqu'à la crête iliaque. Le membre inférieur droit n'est pas modifié.

Epreuve d'Aldrich et Mac Clure.

Malléole : à droite, 30 minutes; à gauche, 0.

Mi-jambe : à droite, 30 minutes; à gauche, 0.

Mi-cuisse : à droite, 45 minutes; à gauche, 3 minutes.

Avant-bras : à droite, 65 minutes; à gauche, 64 minutes.

L'abaissement du temps à droite nous incite à penser qu'il y a peut-être lieu de craindre une phlébite droite. Il n'en est rien. Le 26 février 1930, on a sensiblement les mêmes résultats.

Le 3 mars 1930 :

Malléole : à droite, 31 minutes; à gauche, 0.

Mi-jambe : à droite, 30 minutes; à gauche, 0.

Mi-cuisse : à droite, 45 minutes; à gauche, 2 minutes.

Avant-bras : à droite, 65 minutes; à gauche, 70 minutes.

Le temps de résorption aux différents segments de la jambe gauche s'élève peu à peu :

Le 15 mars 1930 :

Malléole : à droite, 30 minutes; à gauche, 3 minutes.

Mi-jambe : à droite, 30 minutes; à gauche, 4 minutes.

Mi-cuisse : à droite, 42 minutes; à gauche, 4 minutes.

Avant-bras : à droite, 65 minutes; à gauche, 66 minutes.

Le 18 mars 1930, l'œdème semble avoir diminué.

Malléole : à droite, 30 minutes; à gauche, 5 minutes.

Mi-jambe : à droite, 30 minutes; à gauche, 5 minutes.

Mi-cuisse : à droite, 42 minutes; à gauche, 7 minutes.

Avant-bras : à droite, 68 minutes; à gauche, 65 minutes.

Le 20 mars 1930, l'œdème est en voie de régression.

Malléole : à droite, 32 minutes; à gauche, 25 minutes.

Mi-jambe : à droite, 33 minutes; à gauche, 25 minutes.

Mi-cuisse : à droite, 42 minutes; à gauche, 7 minutes.

Avant-bras : à droite, 65 minutes; à gauche, 65 minutes.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Mme L..., III-pare, 27 ans, accouche normalement à la Maternité le 7 juin 1932.

Douze jours après l'accouchement, apparaissent au niveau des deux jambes quelques noyaux de périphlébite.

Le 26 juin, temps de résorption :

Jambe gauche, 13 minutes;

Jambe droite, 9 minutes.

Le 6 juillet, temps de résorption :

Jambe gauche, 16 minutes;

Jambe droite, 14 minutes.

On commence la mobilisation. Exeat le 27 juillet.

OBSERVATION IX.

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Mme B..., 6^e grossesse, les cinq antérieures ont été normales. Accouchement le 19 mars 1932 d'un enfant mort et macéré. Albuminurie. Anémie grave.

Le 30 mars : pouls, 120; température, 36°2. Douleur à la jambe gauche, mise en gouttière le 3 avril.

Les jours suivants, la température s'élève et le pouls augmente de fréquence. La jambe droite se prend à son tour et est mise en gouttière le 10 avril. Le 9 avril, on a pratiqué le test d'Aldrich et Mac Clure, qui a donné des temps de :

bras, 28 minutes;
jambe droite, 14 minutes;
jambe gauche, 6 minutes.

Les phlébites évoluent normalement; la gouttière de la jambe droite est enlevée le 3 mai, celle de la jambe gauche le 26 mai.

Le 1^{er} juin, temps de résorption : 25 minutes aux deux jambes.

OBSERVATION X.

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Mme D..., 33 ans, II-pare, accouche normalement le 17 mai à la Maternité.

Le 21 mai : température légèrement en hausse, 37°2; pouls, 100. Douleur dans le mollet droit, léger œdème bilatéral. Le 22, l'œdème est surtout marqué à la jambe droite qui est mise en gouttière.

Le 30 mai, les deux membres inférieurs sont douloureux et œdématiés. Temps de résorption :

à droite, 10 minutes;
à gauche, 20 minutes.

Le 3 juin, la jambe gauche est à son tour mise en gouttière. Le 23 juin, temps de résorption :

à droite, 15 minutes;
à gauche, 30 minutes.

Les deux gouttières sont enlevées.

OBSERVATION XI.

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Mme D..., 30 ans, est une femme au bassin rétréci qui a déjà accouché deux fois normalement. Elle entre à la Maternité à la fin d'une troisième grossesse.

Le 2 juillet, césarienne basse, après l'épreuve du travail. Suites de couches fébriles.

Le 13^e jour : pouls, 100; température : 37°9. Dans la nuit suivante, douleur à la jambe gauche. Le lendemain, on constate un œdème à gauche et un choc rotulien net. Gouttière, sangsues.

Le 16 juillet, temps de résorption :

jambe droite, 15 minutes;

jambe gauche, 14 minutes.

Le 18 juillet :

jambe droite, 14 minutes;

jambe gauche, 13 minutes.

Le 27 juillet :

jambe droite, 13 minutes,

jambe gauche, 7 minutes.

Le 1^{er} août :

jambe droite, 20 minutes;

jambe gauche, 10 minutes.

Le 5 août :

jambe droite, 20 minutes;

jambe gauche, 15 minutes.

La gouttière est enlevée le 2 août, la malade se lèvera le 9 août.

OBSERVATION XII.

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Mme S..., 40 ans, 7^e grossesse. Le 20 septembre, après application de forceps sans résultat, césarienne haute, suivie d'hystérectomie.

Dans la nuit du 4 au 5 octobre, signes d'infarctus pulmonaire droit.

Le 6 octobre, douleur légère au mollet gauche, léger œdème mou, périmalléolaire.

Temps de résorption :

jambe droite : 16 minutes;

jambe gauche : 8 minutes.

Immobilisation du membre inférieur gauche.

Le test a localisé ici une phlébite à symptomatologie très discrète.

OBSERVATION XIII.

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Mme D..., II-pare, 25 ans. Gros siège. Malgré une épisiotomie double préventive, effondrement complet du périnée. Basiotripsie sur la tête dernière.

Dans la nuit du 14^e au 15^e jour (9 au 10 oct.), douleur très vive à la jambe gauche; le membre est violacé, le pied est froid, insensible à la piqure, aucune oscillation au Pachon. L'œdème apparaît, dur et violacé, dans les heures qui suivent.

Le 10 au matin, temps de résorption :

à droite, 15 minutes;

à gauche, 2 minutes.

Le 12 octobre, temps de résorption :

à droite, 10 minutes;

à gauche, 1 minute.

La jambe droite est surveillée, mais aucun signe de phlébite n'y apparaît. La phlébite gauche évolue normalement.

Le 15 octobre, temps de résorption : à gauche, 1 minute 15 secondes.

Le 5 novembre : à gauche, 1 minute.

La gouttière est enlevée le 22 novembre, mais il persiste un œdème important.

L'étude de la résorption de la boule d'œdème n'a pu être continuée jusqu'au bout, la malade ayant quitté l'hôpital peu de temps après le début de la mobilisation.

OBSERVATION XIV.

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Mme L..., 37 ans, 4^e grossesse. Présentation de l'épaule, placenta praevia. Le 28 octobre, accouchement accéléré, version par manœuvres internes.

Le 7^e jour, douleur légère au niveau du mollet gauche, pas d'œdème, pas d'hydarthrose.

Le lendemain, œdème léger et choc rotulien à gauche; à droite, œdème un peu plus important. Gouttières aux deux jambes.

Le 8 novembre, temps de résorption :

à droite, 4 minutes;

à gauche, 5 minutes.

Les phlébites évoluent sans complication; le 24 décembre, on enlève les deux gouttières.

OBSERVATION XV.

(Service de M. le Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme D..., 29 ans, accouche le 8 décembre, à l'Hôpital André-Boursier. Extraction fœtale au forceps pour longueur de la période d'expulsion, délivrance naturelle, épisiotomie réparée par deux points de suture.

• L'accouchée, les jours suivants, se plaint de souffrir du membre inférieur gauche. La température et le pouls étant normaux, lever le 13^e jour. La jambe gauche est toujours douloureuse. A l'inspection, ni œdème, ni hydarthrose, ni circulation collatérale. Une épreuve d'Aldrich et Mac Clure est pratiquée, qui donne un temps de résorption de 45 minutes aux deux jambes.

L'observation ultérieure montre qu'il n'y eut pas de phlébite.

Le temps de résorption demeuré normal, confirme donc ici les données de la clinique.

OBSERVATION XVI.

(Service de M. le Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme D..., 21 ans, accouche à l'Hôpital André-Boursier, le 31 juillet, de deux jumeaux : forceps pour inertie utérine pour le premier, version par manœuvres internes pour le second. Délivrance naturelle.

Infection puerpérale traitée par l'abcès de fixation et la septicémie.

Le 36^e jour, brusquement, dans la soirée, la malade se plaint d'étouffements. A l'auscultation, rien aux poumons. Le lendemain, elle se sent mieux, mais la température reste voisine de 38 degrés et le pouls oscille entre 100 et 120. L'examen montre un léger œdème péri-malléolaire gauche. Immobilisation de la jambe gauche dans un drap roulé. La phlébite se confirme les jours suivants et évolue lentement.

Lorsque nous avons vu la malade, le 13 novembre, l'œdème, important, n'avait encore aucune tendance à la résorption, mais la température, depuis quinze jours s'était stabilisée. Temps de résorption : 10 minutes à la jambe gauche; 50 minutes à droite.

Le 3 décembre, l'œdème est un peu moins important, moins tendu, le temps de résorption est de 42 minutes à gauche. On commence la mobilisation, qui se poursuivra sans incident.

Un temps de résorption très augmenté, avec une température normale, ont ici conseillé la mobilisation malgré l'importance de l'œdème.

OBSERVATION XVII.

(Service de M. le Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme P..., 23 ans, entre à l'Hôpital André-Boursier sur le conseil de son médecin.

Le 26 novembre, rupture prématurée de la poche des eaux. A 11 heures, on pratique une césarienne basse; on doit ponctionner la vessie. Suites immédiates subfébriles avec pouls élevé.

Le 12^e jour (7 déc.), la malade se plaint de gêne et de douleur dans la jambe et la cuisse gauche. Température, 37°7; pouls, 115. Le test d'Aldrich et Mac Clure aurait été pratiqué et aurait donné 10 minutes des deux côtés (?). Immobilisation de la jambe gauche.

Le 14 décembre, nous sommes en présence d'une malade qui a 37 degrés de température et dont le pouls bat à 110. Nous constatons que si la jambe gauche est un peu plus grosse, la jambe droite est aussi très volumineuse. La malade nous dit avoir toujours eu les membres inférieurs très gros, toujours un peu enflés, et être très sujette aux engelures.

Temps de résorption :

à droite, 35 minutes;

à gauche, 23 minutes.

Le 20 décembre, la malade se lève.

Le 21 décembre, temps de résorption : 40 minutes des deux côtés.

En résumé, poussée phlébitique légère chez une femme prédisposée aux œdèmes.

OBSERVATION XVIII.

(Service de M. le Docteur LAFOND.)

Mme F..., lingère, 22 ans, accouche, chez elle, d'un enfant vivant, bien portant. Délivrance naturelle. Suites de couches pathologiques qui amènent, le 23 décembre, la malade à Canolle : abcès de fixation, septicémie.

L'abcès est incisé le 29.

Le 12 janvier, la malade ressent une vive douleur à la jambe gauche, d'abord à la cuisse, puis au mollet. Léger œdème. Température, 36°6; pouls, 100. Immobilisation.

Le 16 janvier, temps de résorption :

jambe droite, 70 minutes;

jambe gauche, 45 minutes.

Le 22 janvier, l'œdème est net, mais relativement peu important. La malade se plaint de quelques phénomènes douloureux à la jambe droite. Temps de résorption :

à droite, 65 minutes;

à gauche, 37 minutes.

Température et pouls normaux.

Le 30 janvier, l'œdème a régressé nettement. Temps de résorption :

à droite, 70 minutes;

à gauche, 60 minutes.

Le 6 février, on enlève la gouttière.

Le 8 février, temps de résorption : à gauche, 60 minutes.

Nous nous sommes donc trouvé en présence d'une poussée phlébitique bénigne, ayant rapidement cédé à l'immobilisation.

OBSERVATION XIX.

(Service de M. le Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme B..., 31 ans, journalière, entre dans le service le 22 décembre 1932.

Accouchement le même jour : siège décomplété terminé par la manœuvre de Mauriceau. Episiotomie, réparée par deux points de suture. Suites de couches subfébriles.

Le 28 décembre, phlébite gauche : douleur, œdème, hydarthrose, pouls à 100; température, 38°4. Temps de résorption : 30 minutes aux deux jambes. Immobilisation de la jambe gauche, sangsues.

Le 4 janvier, la malade se plaint de la jambe droite; on y constate un peu d'œdème; immobilisation. Les jours suivants, l'œdème y deviendra plus important que du côté gauche.

Le 14 janvier, temps de résorption : 35 minutes aux deux jambes.

Le 21 janvier, la malade est apyrétique. L'œdème semble plus mou, en voie de régression.

Temps de résorption : 40 minutes aux deux jambes.

Le 31 janvier, temps de résorption :

à droite, 40 minutes;

à gauche, 45 minutes.

On enlève les draps roulés immobilisant la malade.

En résumé, phlébite double à évolution normale, mais l'étude du test d'Aldrich et Mac Clure y offre ceci de particulier : qu'elle semble avoir annoncé la phlébite droite avant l'apparition des signes cliniques.

OBSERVATION XX.

(Service de M. le Professeur PERY.)

Mme X..., 39 ans, blanchisseuse, entre à la Maternité le 28 décembre 1932. C'est sa 4^e grossesse, les trois précédentes ont été normales. Rien à signaler dans ses antécédents.

Elle accouche, le même jour, 28 décembre; délivrance normale vingt minutes après. Une heure trente après, survient une hémorragie, qui cède à une injection intra-utérine. Les jours suivants, rien à signaler, mais le pouls et la température restent cependant instables.

Le 13 janvier, la malade ressent une vive douleur au mollet gauche; on constate bientôt un œdème volumineux de tout le membre inférieur gauche et un choc rotulien très net. Température, 38°4; pouls, 85; gouttière.

Le 30 janvier, la malade se plaint de douleurs à type de fourmillements dans le mollet droit. Pas d'hydarthrose, pas d'œdème perceptible.

Temps de résorption :

- jambe droite : 60 minutes;
- jambe gauche : 18 minutes.

Le 2 février, l'œdème est apparu à la jambe droite; gouttière.

Le 8 février, temps de résorption :

- jambe droite : 38 minutes.
- jambe gauche : 35 minutes.

La jambe gauche est retirée de la gouttière. Les jours suivants, la malade fait des troubles gastro-intestinaux, et quelques légers accidents emboliques.

Le 16 février, température toujours oscillante (36°3, 37°5). Les œdèmes sont importants aux deux membres inférieurs, surtout à droite, la jambe gauche paraissant un peu améliorée.

Temps de résorption :

- jambe droite, 30 minutes;
- jambe gauche, 40 minutes.

Le 21 février, amélioration nette, bilatérale; apyrexie.

Temps de résorption :

- jambe droite, 45 minutes;
- jambe gauche, 50 minutes.

Le 27 février : les œdèmes sont très diminués; il n'y a plus d'hydarthrose perceptible.

Temps de résorption :

- jambe droite, 50 minutes;
- jambe gauche, 60 minutes.

On commence la mobilisation.

Le 6 mars, la malade commence à marcher; l'œdème a disparu des cuisses, mais persiste encore un peu aux mollets et aux chevilles.

Temps de résorption :

- jambe droite, 55 minutes;
- jambe gauche, 60 minutes.

Si l'étude du temps de résorption rend bien compte de l'évolution des deux phlébites, elle n'a pu faire prévoir la phlébite droite au moment où l'annonçaient seulement les signes subjectifs.

OBSERVATION XXI.

(Service de M. le Docteur LAFOND, Canolle.)

Mme N... entre à l'hôpital le 27 février 1933. Elle dit avoir accouché chez elle, le 17 février, normalement et à terme d'un garçon.

Le 22 février, elle a été prise d'étouffements, suivis de toux violente et de crachats sanguinolents.

Le 25 février, elle a 38°8 de température. Le Docteur la dirige sur Canolle.

A l'arrivée : température, 38°2; pouls, 120. Ces phénomènes s'amenderont les jours suivants.

Le 28 février, une ponction de la plèvre gauche ramène du liquide aseptique.

La température, qui est restée oscillante, remonte le 15 mars jusqu'à 38°2, pendant que le pouls grimpe à 100. Une phlébite se déclare au membre inférieur droit, qui est mis en gouttière.

Le 18 mars, à la jambe droite, on constate un œdème blanc assez important, mais pas très dur, remontant jusqu'à la racine de la cuisse.

Temps de résorption :

jambe droite, 15 minutes;

jambe gauche, 50 minutes.

Le 25 mars, la température et le pouls sont redescendus progressivement à la normale, l'œdème est stationnaire.

Temps de résorption :

jambe droite, 10 minutes;

jambe gauche, 50 minutes.

Le 4 avril, l'apyrexie continue; l'œdème a nettement régressé.

Temps de résorption :

- jambe droite, 30 minutes;
- jambe gauche, 55 minutes.

La gouttière est enlevée le même jour, et on commence la mobilisation passive. Pas d'incident.

OBSERVATION XXII.

(Service de M. le Professeur PERY.)

Mme X..., 24 ans, entre à la Maternité le 8 février 1933.

Le 10 février, elle y accouche normalement d'un enfant vivant et bien portant; une déchirure du périnée nécessite deux points de suture.

Le 17 février, le pouls, qui n'était jamais redescendu à la normale, est à 100, et la température à 38°5. La malade souffre un peu de la jambe gauche. Le lendemain, apparaît à ce membre un œdème, qui devient énorme, blanc, tendu, avec une très importante hydarthrose au genou. Gouttière, sangsues.

Le 21 février, temps de résorption :

- jambe droite, 55 minutes;
- jambe gauche, 4 minutes.

Le 27 février : température, 37°2; pouls, 80.

Temps de résorption :

- jambe droite, 50 minutes;
- jambe gauche, 1 minute.

Le 28 février, l'œdème apparaît à la jambe droite, qui, elle aussi, est mise en gouttière.

Le 6 mars, l'œdème est important, surtout à gauche, quoique de ce côté il semble avoir quelque peu diminué. La température et le pouls sont en régression.

Temps de résorption :

- jambe droite, 35 minutes;
- jambe gauche, 10 minutes.

COURTEL.

Le 13 mars, les deux jambes apparaissent aussi volumineuses, indolores; température et pouls normaux.

Temps de résorption :

jambe droite, 20 minutes;

jambe gauche, 15 minutes.

Le 22 mars, la malade, depuis quelques jours, fait une nouvelle poussée. Aujourd'hui, elle a une température de 38 degrés et un pouls à 100.

Temps de résorption :

jambe droite, 5 minutes;

jambe gauche, 2 minutes.

Le 4 avril, la malade est apyrétique depuis dix jours environ.

Temps de résorption :

jambe droite, 5 minutes;

jambe gauche, 1 minute.

Malgré l'œdème, toujours très important, la gouttière droite est retirée sans incident. On commence la mobilisation passive.

Le 8 avril, l'œdème a un peu diminué à droite.

Temps de résorption :

jambe droite, 9 minutes;

jambe gauche, 1 minute;

bras droit, 40 minutes.

Le 12 avril, temps de résorption :

jambe droite, 20 minutes;

jambe gauche, 2 minutes;

bras droit, 50 minutes.

Malgré l'importance de l'œdème et la brièveté du temps de résorption, la gouttière est enlevée à gauche.

Le 18 avril, temps de résorption :

jambe droite, 25 minutes;

jambe gauche, 1 minute.

Le 20 avril :

jambe droite, 40 minutes;
jambe gauche, 2 minutes.

L'œdème, qui a beaucoup diminué à droite, est toujours très important à gauche, mais au palper il donne nettement l'impression d'un œdème de distension, par perte d'élasticité des tissus.

Le 27 avril, temps de résorption :

jambe droite, 40 minutes;
jambe gauche, 15 minutes.

La malade commence à se lever; elle n'a pu être suivie ultérieurement.

Nous nous sommes donc trouvé en présence d'une phlébite double à rechutes, grave surtout à gauche, où elle a laissé comme séquelle un œdème persistant, par inertie du tissu cellulaire, fortement distendu et ne revenant que lentement à son état primitif. Le test d'Aldrich et Mac Clure a fort bien rendu compte de chacune de ces phases.

OBSERVATION XXIII.

(Service de M. le Professeur PERY.)

Mme X..., 23 ans, cultivatrice, entre à la Maternité le 24 janvier 1933. C'est sa deuxième grossesse; il y a trois ans, elle a accouché prématurément (8^e mois) d'une fille. Les suites de couches ont été normales. Rien à signaler dans ses antécédents.

Le 4 février, elle accouche normalement. Deux jours après l'accouchement, légère congestion pulmonaire à la base droite, qui cède rapidement.

Le 11^e jour, nouveau foyer de congestion, plus important que le premier.

Le 16^e jour, une phlébite (caerulea) se déclare à droite; elle a été précédée d'un poulx grimpant caractéristique. Gouttière, sangsues.

Le 17^e jour (21 févr.), l'œdème dur, violacé la veille, est devenu plus mou, plus blanc.

Temps de résorption :

jambe droite, 12 minutes;

jambe gauche, 58 minutes.

Le 27 février, la malade se plaint de douleurs au membre inférieur gauche. Température, 38°; pouls, 100.

Temps de résorption :

jambe droite, 30 minutes;

jambe gauche, 58 minutes.

Le 6 mars, la malade souffrant toujours de la jambe gauche, celle-ci est mise en gouttière quoiqu'il n'y ait pas d'œdème cliniquement perceptible.

Température, 37°5; pouls, 90.

Temps de résorption :

jambe droite, 20 minutes;

jambe gauche, 58 minutes.

Le 13 mars, un œdème volumineux a envahi la jambe gauche, coïncidant avec une chute en échelons de la température, qui, depuis quelques jours, était montée à 40 degrés, le pouls ayant atteint 100. Par contre, à la jambe droite, l'œdème est en décroissance.

Temps de résorption :

jambe droite, 38 minutes;

jambe gauche, 30 minutes.

Le 22 mars, la jambe gauche est toujours très volumineuse; la malade fait des poussées successives de température.

Temps de résorption :

jambe droite, 20 minutes;

jambe gauche, 8 minutes.

Le 28 mars :

jambe droite, 30 minutes;

jambe gauche, 10 minutes.

Le 4 avril, nouvelle poussée il y a quelques jours. Actuellement, la température oscille entre 36 et 37 degrés et le pouls entre 80 et 100.

Temps de résorption :

jambe droite, 14 minutes;

jambe gauche, 12 minutes.

Le 8 avril, apyrexie.

Temps de résorption :

jambe gauche, 6 minutes.

jambe droite, 6 minutes 30;

Le 12 avril :

jambe droite, 4 minutes 30;

jambe gauche : 4 minutes.

Le 18 avril, amélioration nette, les œdèmes ont diminué.

Temps de résorption :

jambe droite, 15 minutes;

jambe gauche, 15 minutes.

Le 20 avril :

jambe droite, 30 minutes;

jambe gauche, 30 minutes.

Les gouttières sont enlevées; on commence la mobilisation.

Le 27 avril, temps de résorption :

jambe droite, 30 minutes;

jambe gauche, 40 minutes.

La malade commence à se lever.

En résumé, phlébite double, à évolution lente et par poussées successives, dans laquelle la guérison a été très brusque et très rapide, comme l'a montré l'accroissement rapide du temps de résorption de la boule d'œdème.

COMMENTAIRES

Comme l'on a pu s'en rendre compte, dans toutes ces observations, que ce soient celles de J. Louvel et Mlle Tisseraud, celle de H. Bénét ou celles que nous avons pu recueillir, les résultats sont les mêmes. L'étude du temps de résorption de la boule d'œdème intradermique permet de suivre pour ainsi dire pas à pas l'évolution de la phlébite.

Dans les lignes qui vont suivre, nous analyserons les résultats obtenus aux diverses phases de l'affection :

1° Avant l'apparition de l'œdème, quand l'attention du clinicien est simplement attirée de ce côté par la douleur ressentie par la malade, par l'allure des courbes du pouls et de la température;

2° A la période de phlébite confirmée, quand l'œdème a fait son apparition;

3° A la période de déclin de la phlébite. Il semble que ce soit à ce moment que l'étude du test d'Aldrich et Mac Clure soit la plus intéressante et d'une plus grande portée pratique.

Puis, dans un dernier chapitre, nous nous efforcerons d'en tirer des enseignements pour l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement de la phlébite.

I. — Le test d'Aldrich et Mac Clure à la période précœdémateuse de la phlébite.

Nous n'avons pu, à notre grand regret, n'en ayant jamais eu l'occasion, nous livrer à cette recherche dans le cas de simples phénomènes subjectifs, sans œdème, d'un seul côté,

où se déclarera plus tard la phlébite, le membre opposé étant sain. La seule fois où nous avons appliqué le test dans un cas de douleur unilatérale, sans œdème (obs. XV), le temps de résorption était le même des deux côtés; il était normal, et la phlébite ne se déclara pas.

Force nous est donc de nous ranger aux côtés de J. Louvel et Mlle Tisseraud et de M. le Docteur Balard et Dutrénit, qui, dans ce cas, n'ont reconnu aucune valeur à l'épreuve.

Par contre, il nous est arrivé fréquemment (obs. XVI, XX, XXII, XXIII) de nous trouver en présence d'une malade déjà immobilisée pour une phlébite et qui souffre du membre opposé, où se déclarera, quelques jours plus tard, une nouvelle phlébite. Le test d'Aldrich et Mac Clure pratiqué dans ces cas donna un temps de résorption normal.

Il est cependant un cas (obs. XIX) où nous avons eu devant nous une malade atteinte d'une phlébite gauche et qui avait aux deux jambes un temps de résorption de 30 minutes, donc fortement diminué aussi du côté paraissant sain. Or, huit jours après, une phlébite se déclarait à droite. Cette accélération du temps de résorption était-elle donc due à un état de précœdème ?... Nous l'aurions pensé si, dans plusieurs autres cas (obs. IV, VII, XVII, XXI) on ne s'était trouvé en présence d'une accélération tout à fait comparable à celle de l'observation XIX, et cela sans qu'il se déclare de phlébite par la suite.

A quoi attribuer cette accélération du temps de résorption ? Peut-être un peu à l'influence du repos, de l'immobilité absolue imposée au malade, mais surtout, semble-t-il, à des phénomènes réflexes, dont le point de départ est le vaisseau malade, et qui causeraient des troubles circulatoires du côté sain. Les expériences du Professeur Leriche, qui, dans un cas d'œdème bilatéral, suite éloignée d'une phlébite, pratique une sympathectomie périartérielle du côté malade et une résection du vaisseau thrombosé pour supprimer le point de départ des réflexes, et obtient un résultat favorable des deux côtés, sont assez en faveur de cette hypothèse.

Au total, nous ne pouvons donc conclure à une valeur quelconque du test d'Aldrich et Mac Clure dans le dépistage des précédèmes phlébitiques.

II. — Le test d'Aldrich et Mac Clure à la période de phlébite confirmée.

Lorsque l'œdème est apparu, les observations sont unanimes à montrer une diminution du temps de résorption, et cette diminution est d'autant plus importante que l'œdème est plus accentué. Chaque fois que nous avons observé une phlébite depuis son début, nous avons pu faire les mêmes constatations : nous avons vu, au léger œdème périmallo-laire du début, correspondre une accélération d'abord légère, puis qui s'accroît à mesure que l'œdème envahit le membre (obs. XVIII, XXI, XXIII) et qui peut devenir très grande à la période d'état, où nous avons pu trouver des temps de résorption de 60 minutes du côté sain, et de 2 minutes du côté malade.

Et c'est un fait qui paraît évidemment assez paradoxal de voir, dans un membre gonflé, distendu, semble-t-il, au maximum, une infection supplémentaire disparaître d'autant plus rapidement que le membre est plus infiltré ! Sur le membre sain, au contraire, dont la peau est lâche et les espaces cellulaires sous-jacents libres, la boule d'œdème persiste longtemps !

Comment expliquer ce phénomène ? Quelles sont les causes de cette accélération ?

Sur ce point, les auteurs sont divisés. Pour les uns, comme Meineri, Schulman et Marek, ce seraient uniquement des causes mécaniques : décollement des fibres des tissus et dilatation des espaces lacunaires, élévation de la température locale et vaso-dilatation consécutive. Pour les autres, comme Chevalier et Stiffel, M. Lablé, le facteur hydrophilie tissulaire suffirait seul à expliquer cette accélération, qu'il soit causé par une variation de l'équilibre histhydrique, ou une

variation de la pression osmotique des protéines. Il ne nous appartient pas de nous ingérer dans cette discussion, mais il nous semble que ces deux facteurs, mécanique et humoral, peuvent fort bien jouer dans le processus phlébitique, sans s'exclure l'un l'autre.

III. — Le test d'Aldrich et Mac Clure à la période de déclin de la phlébite.

C'est à ce moment surtout qu'il est intéressant à étudier.

Après s'être arrêté quelques jours à un taux minimum coïncidant avec le moment où l'œdème a atteint sa plus grande importance (mais pas toujours avec celui où les phénomènes généraux sont le plus intenses : obs. XXII, XXIII), le temps de résorption se relève peu à peu, plus ou moins rapidement selon la gravité de la phlébite, le volume des œdèmes. Mais survient-il une nouvelle poussée phlébitique, c'est ici que le test devient un indicatif extrêmement précieux : en effet, aussitôt le temps de résorption s'accélère, et demeure accéléré jusqu'à la fin de la poussée, pour reprendre ensuite sa marche vers la normale (obs. XXII, XXIII). Par contre, une affection intercurrente cause-t-elle une accélération du pouls, une élévation de température qui fassent craindre une poussée phlébitique, un temps de résorption inchangé nous rassurera.

Il est encore un autre cas où le test d'Aldrich et Mac Clure sera consulté avec fruit : c'est lorsque nous voyons un malade en apyrexie depuis quelque temps et dont l'œdème reste cliniquement le même. Doit-on attendre la résorption de l'œdème, ou doit-on commencer immédiatement la mobilisation ? Dans le cas de l'observation XVI, en dépit d'un œdème demeuré à peu près invariable, nous avons vu le temps de résorption, qui, à un moment, avait été de 10 minutes, remonter régulièrement jusqu'à 42 minutes. Comme l'apyrexie était depuis longtemps complète, la mobilisation fut alors commencée malgré l'œdème, et se fit sans incident.

Est-ce à dire, comme le prétendent J. Louvel et Mlle Tisseraud, qu'à un premier œdème paraphlébitique, hydrophile, imprimant une accélération au temps de résorption de la boule d'œdème, a succédé un second œdème, séquelle du premier, simple infiltration mécanique, anhydrophile, et sans influence sur le temps de résorption ?

Henri Bénét le nie, et nous avouons, de notre côté, qu'il est difficile de qualifier d'anhydrophile un œdème dans lequel la résorption est toujours nettement plus accélérée que du côté sain.

Dans le chapitre précédent, pour expliquer cette accélération, au facteur tissulaire et humoral, nous avons associé un facteur mécanique. N'expliquerait-on pas mieux les variations de cette accélération en disant que le facteur tissulaire et humoral, plus hydrophile, dépendant du processus phlébitique, et prépondérant au début de cette affection, aurait, au déclin de celle-ci, laissé la prépondérance au facteur mécanique, qui, lui, serait moins hydrophile ? On sait, en effet, qu'à cette période, tout signe inflammatoire a disparu, le membre est indolore, le pouls et la température sont normaux, mais les tissus, distendus par l'œdème, n'ont pas encore retrouvé leur élasticité première, ne sont pas revenus à leur état primitif, que seule la mobilisation pourra leur rendre.

INTERET DU TEST D'ALDRICH ET MAC CLURE

I. — Pour le diagnostic des phlébites.

Tant que l'œdème n'aura pas fait son apparition, le test d'Aldrich et Mac Clure restera sans variations; il ne pourra nous être d'aucune utilité. Le diagnostic de la phlébite restera donc basé à ce moment sur les signes subjectifs et fonctionnels, sur la forme des courbes du pouls et de la température.

Ce délai sera bref, et nous entrons ensuite dans la période d'œdème histologique, qui au début ne sera que difficilement appréciable cliniquement. C'est à ce moment que l'épreuve d'Aldrich viendra apporter un précieux appui au diagnostic. C'est, en effet, à partir de maintenant que le test, pratiqué des deux côtés, montre une résorption nettement plus rapide du côté malade que du côté sain.

A ce propos, il est un point que nous croyons important de signaler : c'est la variabilité du temps de résorption de la boule d'œdème chez les personnes saines ou atteintes d'affections non œdématogènes. Nous avons pratiqué l'épreuve chez de nombreuses personnes apparemment saines, et nous avons obtenu des résultats variant de 75 minutes à 45 minutes. On voit que la marge est importante. De là la nécessité absolue, lorsqu'on pratique le test d'Aldrich et Mac Clure, de procéder par comparaison avec le côté sain. Un temps de résorption de 45 minutes du côté malade peut ne rien signifier, ou plutôt signifier qu'il n'y a rien d'anormal s'il est aussi aux environs de 45 minutes du côté sain.

Par contre, s'il était de 70 minutes, par exemple, du côté sain, nous aurions une accélération nette du temps de résorption de la boule d'œdème.

II. — Pour le pronostic et le traitement de la phlébite.

L'épreuve d'Aldrich et Mac Clure permet de suivre l'évolution de la phlébite.

Ici encore il est un point sur lequel nous croyons devoir insister : c'est la nécessité de pratiquer des épreuves répétées, à intervalles réguliers. Pratiquée une fois, l'épreuve signifie peu de chose au point de vue qui nous occupe. Un temps de résorption diminué indiquera qu'il y a de l'œdème; or, celui-ci, à ce moment, est généralement fort appréciable cliniquement. Nous ne retirerons donc aucun profit de notre recherche. Par contre, pratiquons régulièrement cette épreuve, nous verrons le temps de résorption diminuer à mesure que l'œdème devient plus volumineux, jusqu'à atteindre un point minimum, un palier, où il se maintient un moment. Puis nous le voyons qui, de nouveau, augmente peu à peu, remonte vers la normale, plus ou moins rapidement, suivant la forme plus ou moins sévère de la phlébite. C'est que nous avons atteint la période de réparation de cette affection, ainsi que le confirment l'examen du pouls et de la température, et quelquefois, mais moins rapidement, l'allure décroissante des œdèmes. Mais le temps de résorption s'accélère-t-il de nouveau à un certain moment, méfions-nous : nous sommes en présence d'une nouvelle poussée phlébitique.

Le test d'Aldrich et Mac Clure est donc bien « un procédé de contrôle évolutif de la phlegmatia alba dolens », mais, nous le répétons, il faut pour cela des épreuves répétées, à intervalles réguliers.

Mais c'est surtout pour l'application d'un traitement approprié que l'étude du test sera profitable au praticien et au malade.

Il n'y a, somme toute, qu'un traitement indiscuté de la

phlébite : c'est l'immobilisation. Mais quand doit-on cesser cette immobilisation ? Pas trop tôt, car nous nous exposons à l'embolie, pas trop tard, car ce sont les troubles trophiques : œdèmes prolongés, pieds bots, l'impotence fonctionnelle. Pour se guider, le praticien n'a que son expérience. Evidemment, une vieille coutume est de commencer la mobilisation trente jours après la chute de la température. Mais il n'y a pas une phlébite : il y a des phlébites; ce sont des cas d'espèce. Si, pour une phlébite bénigne, trente jours d'apyrexie paraissent exagérés avant la mobilisation, pour une phlébite grave, souvent ils ne seront pas suffisants.

Et, si les variations de l'œdème restent inappréciables, combien de praticiens, devant un membre demeuré énorme, malgré une apyrexie prolongée, hantés par la terreur de l'embolie, maintiendront l'immobilisation, qui, à ce moment, peut être beaucoup plus nuisible qu'utile !

En outre, il est souvent bien difficile, comme nous l'avons dit au début de cet ouvrage, de fixer le début d'une apyrexie. Et quand on a fixé celui-ci, une nouvelle poussée fébrile peut survenir. On est alors en droit de se demander s'il s'agit d'une nouvelle poussée phlébitique, qui retardera d'autant le début de l'apyrexie, ou d'une affection intercurrente, indépendante, et qui n'influe en rien sur l'évolution du processus phlébitique.

Il semble que l'épreuve d'Aldrich et Mac Clure apporte une aide précieuse pour la résolution de ces problèmes.

En effet :

1° Si, devant un œdème persistant, avec température et pouls normaux, nous voyons le temps de résorption augmenter régulièrement, nous nous trouvons en présence d'un œdème mécanique, séquelle de phlébite, qui, bien loin de contre-indiquer la mobilisation, ne s'atténuera que par ce procédé.

2° Si une poussée fébrile ne coïncide pas avec une accélération nette de la résorption de la boule d'œdème, nous pouvons en conclure qu'il s'agit, non d'une poussée phlé-

bitique, mais d'une affection intercurrente qui en est complètement indépendante. Donc nous ne devons pas tenir compte de cette poussée fébrile pour marquer le début de l'apyrexie, qui commandera le moment de la mobilisation.

Mais ne doit-on plus tenir compte de la règle des trente jours d'apyrexie, qui s'est, en général, révélée excellente à la pratique ? L'épreuve d'Aldrich la remplace-t-elle absolument ? Nous croyons plutôt que les deux se complètent et se renforcent. En effet, une température et un pouls normaux depuis un certain temps resteront un des tests les plus sûrs de guérison, mais, comme nous avons pu le voir dans toutes les observations rapportées, ils coïncideront toujours avec un temps de résorption en voie d'augmentation. L'épreuve d'Aldrich servira donc à confirmer les données de la clinique; mais, en plus, — et c'est ici qu'elle devient réellement intéressante, — grâce à elle, le médecin pourra :

1° fixer de façon exacte la date de début de l'apyrexie, sans tenir compte des affections intercurrentes;

2° indiquer qu'il n'est pas utile d'attendre, pour commencer la mobilisation, le délai de trente jours lorsque, la température et le pouls étant normaux, il verra le temps de résorption du côté malade devenir peu différent de celui du côté sain.

Y a-t-il un temps de résorption type à partir duquel, en cas d'apyrexie, on pourrait commencer la mobilisation ? Cela est impossible, précisément à cause de la variabilité de ce temps chez les sujets sains, et chez les phlébitiques avec les différentes phlébites. On ne peut donc se baser que sur la comparaison avec le côté sain et sur l'allure de la courbe de relèvement de ce temps de résorption.

Mais, malgré ces réserves, le test d'Aldrich et Mac Clure n'en sera pas moins un précieux élément de décision pour le médecin dans la conduite du traitement de la phlébite.

CONCLUSIONS

I. — Le test d'Aldrich et Mac Clure décèlera des œdèmes cliniquement inappréciables et consolidera ainsi un diagnostic précoce.

II. — Il permettra de suivre à chaque instant l'évolution de la phlébite, et sera donc un élément précieux de pronostic.

III. — Dans le traitement de la phlébite :

- a) Dans l'évaluation du délai d'apyrexie, il permettra de ne pas tenir compte des affections intercurrentes et indépendantes de la phlébite;
- b) Malgré un œdème resté important, un temps de résorption qui s'est régulièrement relevé indiquera formellement la mobilisation dans les délais ordinaires d'apyrexie;
- c) Un temps de résorption, qui s'est rapidement relevé jusqu'à être peu différent de celui du côté sain, indiquera que la poussée phlébitique a été légère et qu'il n'est pas nécessaire, pour la mobilisation, d'attendre le délai de trente jours.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 21 juillet 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDRICH et MAC CLURE. — Time required for disappearance of intra-dermally injected salt solution. *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 28 juill. 1923.
- L'épreuve intradermique de la solution salée. Sa valeur pronostique dans la néphrite avec œdème généralisé. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 3 mai 1924.
- Die intradermale salzlosungsprobe. *Klin. Wochenschr.*, 18 juin 1927.
- AZERAD. — Le test cutané d'hydrophilie (test d'Aldrich et Mac Clure). *La Médecine*, juill. 1927.
- BAKER (W.). — Intradermal salt solution test in scarlet fever. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1924.
- BALARD et DUTRÉNIT. — Moyens cliniques de contrôle dans l'évolution des phlébites (le test d'Aldrich et Mac Clure). *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 30 avril 1933.
- BÉNARD et BIANCANI. — Considérations sur la pathogénie des œdèmes. *Presse médicale*, 7 juin 1924.
- BÉNET (Henri). — Contribution à l'étude des œdèmes. L'épreuve d'Aldrich et Mac Clure. Thèse Alger, 1930.
- BERNARDBEIG et SENDRAIL. — Action de la thyroïdectomie sur l'hydrophilie tissulaire. *Soc. de biol.*, 2 mars 1928.
- BRADFORD. — Intradermal saline test in serum sickness. *Amer. Journ. dis. Child.*, déc. 1927.
- BUZZI (B.). — Sulla diffusibilità di liquidi et gas nella cute edematosa. Il test di Aldrich e Mac Clure in ostetrica. *Annali di ostetrica e. gynecologia*, janv. 1929.
- CARDENAS (DE) Y PASTOR. — Aldrich and Mac Clure test in Pediatrics. *Archiv. de med. in y espec.*, 28 mai 1927.

- CHEVALLIER et STIFFEL. — La mesure de l'équilibre histhydrique par l'intradermo-réaction à l'eau chlorurée sodique. *C. R. de la Soc. de biol.*, 14 nov. 1925.
- CLAUDE, TARGOWLA, LAMACHE et DAUSSY. — Sur le test d'Aldrich et Mac Clure dans les maladies mentales. *Soc. méd. des hôpitaux*, 13 mai 1927.
- COHEN, APPLEBAUM et HAINSWALTH. — Le test de la solution saline intracutanée. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 29 mai 1926.
- DEBENEDETTI et CUNADO. — Test for cutaneous hydrophilia. *Minerva Med.*, 31 oct. 1927.
- DEL CASTELLO (Enrique B.). — La prueba cutanea de la hidrofilia (test d'Aldrich y Mac Clure) en algunas formas clinicas de bocio. *La Prensa Medica Argentina*, 30 mars 1930.
- DUDEN et BARR. — Intradermal salt test in fever. *Journ. Clin. Investigation*, juin 1930.
- EISNER et KALLNER. — L'épreuve de la papule dans la tendance à l'œdème. *Klin. Wochenschr.*, sept. 1928.
- FELDMAN. — Intradermal solution test in tuberculosis. *Arch. Int. Med.*, avril 1928.
- FELDMAN et REIFSNEIDER. — Intradermal solution test in nephritis in adults. *Arch. Int. Med.*, janv. 1928.
- FIESSINGER. — Le test de transsudation. *Soc. méd. des hôp.*, juill. 1926.
- FONSECA et DE CARVALHO. — Mac Clure Aldrich test. *Soc. de biol.*, 1^{er} avril 1927.
- GOWAERTS. — Interprétation du test d'Aldrich et Mac Clure. *Soc. de biol.*, juin 1927.
- GUGGENHEIMER et HIRSCH. — Nachweis latenten oedems aus dem verhalten intrakutaner quadden einer normosallosung. *Klin. Wochenschr.*, 1926.
- HECHT (Adolphe). — Etude des tests cutanés. *Wien. Med. Wochenschr.*, 1^{er} déc. 1928.
- HEITZ. — Du temps de résorption de la boule d'œdème intradermique (épreuve d'Aldrich et Mac Clure) dans les affections de l'appareil circulatoire. *Gaz. méd. de France*, 15 mai 1929.

- HEITZ et DREYFUS (G.). — Résorption accélérée de la boule d'œdème intradermique. *Paris médical*, 22 sept. 1928.
- HEITZ (Jean) et VIOLLE (P.-L.). — Du test d'Aldrich et Mac Clure dans les troubles locaux de la circulation artérielle. *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, sept. 1928.
- HORNUNG. — Behaviour of intracutaneous deposit of normosal injections on edema in pregnancy. *Zentralb. f. Gyn.*, 22 oct. 1927.
- LABBÉ et VIOLLE. — Action hydratante du plasma et des sérosités de sujets œdématisés. *C.R. de la Soc. de biol.*, 1925.
- LABBÉ, VIOLLE et AZERAD. — Le test cutané d'hydrophilie. *Presse médicale*, 22 mai 1926.
- LABBÉ, VIOLLE et LELIÈVRE. — Sur la boule d'œdème. *Soc. de biol.*, 16 mars 1925.
- LENOZ. — Du rapport entre la pression sanguine, l'hydrophilie du plasma et la genèse des œdèmes. *Presse médicale*, 3 déc. 1924.
- LOUVEL (Jacques) et TISSERAUD (Mlle). — Le test d'Aldrich et Mac Clure (temps de résorption de la boule d'œdème intradermique), Procédé de contrôle évolutif de la phlegmatia alba dolens. *Presse médicale*, 22 févr. 1930.
- LERICHE. — La sympathectomie périartérielle. Rapport au Congrès français de chirurgie, Paris, oct. 1927.
- LIAN, PUECH et VIAU. — Origine à la fois mécanique et humorale des œdèmes cardiaques. *Journ. méd. franç.*, 1927.
- MARTIN (R.). — Le test cutané d'hydrophilie chez la femme enceinte. Thèse Paris, 1927.
- MEINERI. — Negative value of test of Aldrich and Mac Clure. *Dermosifilographo*, janv. 1928.
- MERKLEN, WOLF et SCHNEIDER (Mlle). — Recherches sur le temps de résorption de la boule d'œdème intradermique provoquée. *Soc. méd. des hôp.*, 16 juill. 1926.
- OBLADEN. — Intracutaneous injections of isotonic salt solutions in latent edema of pregnancy. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1927.
- PELLEGRINI (G.). — Sull'interpretazione dell' indice di Aldrich e Mac Clure e dell' indice di Fiessinger. *Foglia. chir. chim. e. micr.*, 1928.

- PLA. — Method of Mac Clure and Aldrich. *Ann. de la Fac. de méd.*, Montevideo, sept. 1927.
- RAVINA. — Le rôle de la pression osmotique des protéines sanguines dans la formation des œdèmes. *Presse médicale*, 21 sept. 1927.
- RIBADEAU-DUMAS et TISSERAUD (Mlle). — Etude de la résorption des sérums chez les enfants atteints d'affections diverses avec dénutrition. *Soc. de méd. des hôp.*, 1925.
- RICALDONI et PLA. — L'épreuve de Mac Clure et Aldrich pendant la période d'incubation des états infectieux. *Soc. de méd. des hôp.*, 8 mars 1928.
- SCHULMANN et MARECK. — Recherches sur l'œdème local provoqué. Action expérimentale de l'adrénaline et du nitrite d'amyle. *Soc. de biol.*, 11 déc. 1926.
- SENDRAIL. — Les modifications de l'hydrophilie tissulaire dans les syndromes neuro-endocriniens. *Paris médical*, 26 oct. 1929.
- SOLER (C.) y DOPFF. — El tiempo de reabsorción del edema intradérmico (Prueba de Aldrich y Mac Clure) y sus aplicaciones clínicas. *Rev. med. de Barcelona*, août 1930.
- TARGOWLA, LAMACHE et DAUSSY. — L'épreuve d'Aldrich et Mac Clure au cours des états mélancoliques. *Soc. de psych.*, 17 févr. 1927.
- TOFFANIN. — Ricerche sulla reazione intracutanea de Mac Clure et Aldrich. *Policlinico*, 6 janv. 1930.
- TRABAUD. — Le test d'Aldrich et Mac Clure dans le béri-béri humide. *Soc. de méd. et d'hyg. tropicales*, 29 mars 1928.
- VIOLLE et LESCOËR. — Des variations de l'hydrophilie tissulaire en fonction des variations de l'acidité ionique. *Soc. de biol.*, 14 févr. 1925.
- VIOLLE. — Recherches sur l'imbibition tissulaire. L'influence du pH humoral. *Ann. de l'Inst. d'hydrol. et de climatol.*, 1925.
- WASAWICZ. — Clinical research on intradermal salt solution. Reaction of Aldrich in diagnosis of nephritis. *Polska Gaz. Lek.*, 11 mars 1928.

